

## LES MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU MALI

### The psychiatric demonstrations at the people living with the HIV in Mali

Karambé M<sup>1</sup> Zoungrana J<sup>2</sup>, Dembele JP<sup>3</sup>, Fofana AS<sup>3</sup>, Oumar AA<sup>4</sup> Sissoko M<sup>5</sup>, Coulibaly B<sup>5</sup>, Dao S<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Service de neurologie, CHU du Point G, Bamako ; <sup>2</sup> CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso ; <sup>3</sup> Service de Maladies Infectieuses, CHU du Point G, Bamako ; <sup>4</sup> Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, Bamako ; <sup>5</sup> Service de Psychiatrie, CHU du Point G, Bamako

Auteur Correspondant : Dr Mamadou Karambé, service de Neurologie, CHU du Point G, BP 333 Point G/Bamako (Mali) E-mail : karambem@yahoo.fr

#### RESUME

Les troubles psychiatriques au cours de l'infection à VIH ont un impact négatif sur la prise en charge des autres co-morbidités et peuvent constituer en eux-mêmes une cause de mortalité. Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques au cours de l'infection par le VIH dans les services de maladies infectieuses et de psychiatrie du CHU du Point G. Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive allant du 1<sup>er</sup> Juillet 2004 au 31 Octobre 2005 portant sur 166 patients. Les cas d'infection à VIH ont été définis sur la base de la positivité de la sérologie VIH par au moins 2 tests rapides associés ou non à des signes cliniques du SIDA selon la classification CDC. Toute perturbation des fonctions supérieures était considérée comme manifestations psychiatriques. Le sexe féminin était majoritaire avec un sex- ratio de 0,9. La tranche d'âge de 36 à 41 ans était la plus touchée. Les ménagères représentaient 36,7% de l'échantillon et les mariés représentaient 64,5%. La prévalence des troubles psychiatriques était de 58,9%. Les troubles ont été dominés par la dépression (45,8%) suivis du syndrome confusionnel 31,9% et de l'épilepsie 7,8%. Les sujets étaient infectés par le VIH-1 dans 93,4% des cas. La survenue des troubles psychiatriques était inversement proportionnelle au taux de CD4. La létalité était très élevée soit 56%.

**Mots clés** : manifestations psychiatriques, VIH et SIDA, Mali.

#### SUMMARY

HIV/AIDS related disorders have a negative impact on the assumption of responsibility of other Co-morbidities and could lead to a highest lethality rate. The goal was to evaluate the prevalence of the psychiatric disorders during HIV/AIDS at infectious diseases service of "hôpital du point G". We carried out an exploratory study and descriptive energy of July 1, 2004 to bearing 31 October 2005 out of 166 patients. The cases of HIV were defined on the basis of positivity of serology HIV by at least 2 fast tests associated or not with clinical signs with the AIDS according to CDC. Any disturbance of the higher functions was regarded as psychiatric demonstrations. The female sex was in a majority with a sex- ratio of 0.9. The ages bracket the most touched lay between 36 and 41ans. The housewives were 36.7%. The grooms accounted for 64.5%. The prevalence of the psychiatric disorders was 58.9%. The disorders were dominated by the depression (45.8%) followed confusional syndrome 31.9% and epilepsy 7.8%. All the patients with psychiatric antecedents developed a confusional syndrome. The subjects having presented a psychiatric disorder were infected by the HIV-1 in 93.4% of the cases. Occurred of the psychiatric disorders was inversely proportional to the rate of CD4. Lethality was very high is 56%.

**Key words**: Psychiatric demonstrations, HIV, Mali.

#### INTRODUCTION

Au cours de l'infection par le VIH, le système nerveux est à la fois le siège d'une pathologie infectieuse ou tumorale consécutive à l'immunodépression induite par le VIH et celui d'une pathologie directement liée au neurotropisme du VIH [1, 2]. A ces atteintes organiques avec troubles le plus souvent somatiques, on retrouve une répercussion émotionnelle de la maladie sur le fonctionnement psychique du sujet lié à l'annonce de la maladie [3]. Ces troubles psychiatriques participent à la diminution du fonctionnement immunitaire et par ce fait à la diminution de la survie des personnes infectées par le VIH [4, 5]. Face à l'infection par le VIH qui impose une meilleure prise en

charge, il importe de connaître la fréquence des manifestations psychiatriques chez les sujets porteurs du VIH dans les services de maladies infectieuses et de psychiatrie qui sont les service de référence pour la prise en charge de l'infection à VIH et du SIDA et des troubles psychiatriques au CHU du Point G. Le but de notre travail était d'évaluer la prévalence des troubles psychiatriques au cours de l'infection au VIH en milieu hospitalier spécialisé.

#### MATERIEL ET METHODE

Il s'est agit d'une étude prospective et descriptive allant du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 31 octobre 2005. Elle a porté sur 166 patients recrutés parmi les personnes vivant avec le VIH hospitalisées dans le service des maladies

infectieuses du CHU du Point G à Bamako. Tous nos patients ont subi un examen psychiatrique réalisé par un psychiatre au cours et avant la sortie de l'hôpital. L'indice de Karnofski et la classification CDC [6] a été utilisé pour évaluer l'état général de nos patients. Le dosage du taux des lymphocytes TCD4 était systématique. Les examens paracliniques ont été orientés par l'examen clinique (la culture du LCR, la radiographie du thorax, le scanner cérébral, l'électroencéphalogramme). Les différents paramètres ont été saisis et analysés au logiciel SPSS version 11. Le test de Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour comparer les fréquences au seuil de signification à P < 0,05.

## RESULTATS

Au cours de la période d'étude, 286 patients ont été admis dans le service de maladies infectieuses. Parmi eux, 166 ont présenté des troubles psychiatriques soit une fréquence de 58,4%. L'échantillon était composé 79 hommes (47,59%) et de 87 femmes (52,41%) soit un sex-ratio de 0,9. L'âge moyen était de 36 ans avec des extrêmes de 18 et 65ans. Les ménagères étaient les plus représentées avec 36,7%. Sur le plan matrimonial 107 patients (64,5%) étaient mariés ; 33 patients (19%) étaient célibataires tandis que 15 patients (9%) étaient veufs et 11 patients (6,6%) étaient divorcés. Nous notons une prédominance de l'infection chez les non scolarisés (56,01%). L'indice de Karnofski était de 60% chez 122 patients (73,5%). Parmi les pathologies associées à l'infection par le VIH ; la candidose digestive était la plus représentée avec (33,1%), suivie de la coccidiose digestive (24%) et de la tuberculose (16,8%). L'infection par le VIH1 était dominante (93,4%). Les manifestations psychiatriques ont été dominées par un état dépressif (45,75%). Le taux de lymphocytes T CD4 était inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> chez 149 patients (89,7%). Un taux de CD4 ≤ 60 a été retrouvé chez les patients confus (94%), déprimés (86,87%) et épileptiques (81,8%). Seuls 48,8% de nos patients ont bénéficié d'un traitement antirétroviral. Les psychotropes ont été utilisés chez 33,1% des patients. Le trouble psychiatrique a pu être maîtrisé chez 57 patients (34,33%). La stabilisation a été obtenue chez 29 patients (38,15%) des déprimés et chez 4 patients (36%) épileptiques. La létalité était de 56%.

## DISCUSSION

La présente étude a montré que la fréquence de troubles psychiatriques au cours de l'infection à VIH dans le service de maladies infectieuses et de psychiatrie est de 58,04%. Cette fréquence est plus élevée que celle d'Atangana et al qui trouvent 33% à Yaoundé [7]. Cette variation de prévalence pourrait

s'expliquer par : le mode de sélection des patients, les particularités géographiques, le type d'étude utilisé et les vignettes utilisées pour le diagnostic psychiatrique. Belec en Centrafrique a trouvé 16% [1]. Les deux sexes étaient touchés avec 52,4% pour le sexe féminin contre 47,59% pour le sexe masculin ; le sex-ratio a été de 1,1 en faveur des femmes. L'âge moyen de nos patients était de 36 ans avec des extrêmes étaient 18 et 65 ans. Ces résultats sont comparables à ceux de Millogo qui a trouvé une prédominance de la tranche d'âge de 30 à 41ans [8]. Notre échantillon était dominé par les ménagères (36,7 %). Les Bambaras représentaient 40,4 % de notre échantillon, cela s'explique par un problème démographique que par un problème ethnique. L'ethnie Bambara est la plus représentée dans le district de Bamako et dans la population générale [9]. Les patients non scolarisés étaient de 56,01% des patients. Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la population générale du Mali quand on sait que les analphabètes dominent [9]. Les patients étaient à leur premier épisode de trouble psychiatrique soit 95,18% contre 4,8% qui avaient des antécédents personnels de trouble psychiatrique. Tous les patients qui avaient un antécédent de trouble psychiatrique ont développé un syndrome confusionnel. L'état dépressif a été le plus dominant (45,8%) ; suivi du syndrome confusionnel et de l'épilepsie avec respectivement 30,1% et 6,6%. Ce résultat par rapport à la dépression est conforme à celui trouvé par Belmont et al [10]. Nos résultats sont similaires à ceux des études américaines qui ont trouvé entre 22 et 45% de dépression chez les personnes vivant avec le VIH [5,11]. Les pathologies fréquemment associées étaient la candidose digestive (33,1%) ; les coccidioses digestives (24%) ; la tuberculose (16,8%) les neuropathies périphériques (12,7%) ; la toxoplasmose cérébrale (7,87%). Plus de la majorité des patients étaient infectés par le VIH1 (93,4%). Le dosage des lymphocytes T CD4+ a été effectué chez tous nos patients et 89,7 % d'eux avaient un taux de CD4 < 200/mm<sup>3</sup>. Seuls 48,8% d'entre eux ont bénéficié d'un traitement ARV. Ceci s'explique par le fait que l'état clinique et les paramètres biologiques n'étaient pas en faveur de la prescription d'une thérapie antirétrovirale. Les études réalisées sur les patients traités précocement par les antirétroviraux ont montré une amélioration des troubles psychiatriques, une réduction sensible de l'antigène P24 dans le liquide céphalorachidien des patients et une réduction significative de l'incidence des troubles psychiatriques [2]. Certains patients (33,1%) ont bénéficié de la prescription de

psychotropes (12,0% d'anxiolytiques, 9,63% d'antidépresseurs, 6,62% de neuroleptiques et 4,81% d'antiépileptiques). La stabilisation a été obtenue chez 29 patients (38,15%) des déprimés et chez 4 patients (36%) épileptiques. Halman et al ont obtenu une stabilisation complète dans 60% des cas avec les médicaments psychotropes [11] alors Harisson et al [12] ont trouvé chez leurs patients une amélioration importante avec la prescription des médicaments psychotropes associée à la psychothérapie d'accompagnement et les antirétroviraux. La létalité a été de 56,02%. Chez les survivants l'évolution a été donc favorable (stabilisée) dans 34,33% des cas et réservé (sans effet) dans 9,63% des cas. Cette évolution semble être en rapport avec l'âge, le diagnostic et le type de VIH. Le pronostic était d'autant plus sombre, que le trouble était associé au VIH de type 1. Le même constat a été fait par Diouf et al [13]

### CONCLUSION

Il ressort de cette étude que les manifestations psychiatriques sont fréquentes et variées au cours de l'infection à VIH au Mali. Elles sont essentiellement dominées par la dépression suivie respectivement du syndrome confusionnel, de l'épilepsie, des états névrotiques et des psychoses réactionnelles. Ces manifestations psychiatriques sont surtout retrouvées au cours de l'infection à VIH-1 et fonction de la profondeur de l'immunodépression. La prise en charge des infections opportunistes associées à un traitement symptomatique des troubles psychiatriques ont permis l'amendement des symptômes dans la plupart des cas.

### REFERENCES

1-Belec L, Trotot P, Lescs MC, Gray F. Les lésions précoces du système nerveux central au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *Médecine Science* 1992 ; 8 :1057-64.  
 2-Mussa M, Preux PM, Debrock C et al. Syndrome cognitif et moteur associé au VIH-1. *Cahiers santé* 1997 ;7(3) : 187-93.  
 3-Boute I., Kossovsky Y., Trepo C., Marie Cardine M. Troubles psychiatriques au cours de l'infection à VIH. *Etude de 80 patients suivis dans un service de médecine interne ; Psychologie médicale* 1992 ;24(2): 135 – 138.  
 4- Mayne TJ, Vittinghoff E, Chesney MA, Barrett DC, Coates TJ. Depressive affect and survival among gay and bisexual men with HIV; *Arch Intern Med* 2003; 156:2233-8  
 5- Evans DL, Lesserman J, Perkins DO, et al. Severe life stress as a predictor of depression in HIV infection; *Am J Psychiatry* 2004; 154: 630- 4

6-From The Centers For Diseases Control and Prevention 1993.Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *JAMA*, 1993,269(6):729-30.  
 7-Atangana R, Bahebeck J, Telesfore Mboudou E et al. Troubles neurologiques chez les patients porteurs de l'infection VIH à Yaoundé. *Cahiers santé* 2003,13 :155-8.  
 8-Millogo A., Ki zerbo GA et Sawadogo al. Manifestations neurologiques associées à l'infection par le VIH au Centre hospitalier de Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *Bull Soc path exot* 1999,92 :23-26.  
 9- Rapport de l'enquête Démographique et de Santé du Mali 2001.IIIème édition.  
 10-Belmont M , Mantell J., Spira K. Neurologic and psychiatric behaviour problems associated with AIDS. A study of hospitalised patients. *International conference on AIDS, Paris 1986, Abstract* 23-25.  
 11- Halman MH , Sota T, Rourke SB. Paroxetine for HIV-related depression :impact on mood, quality of life and cognition . 10<sup>th</sup> Annual Conference of the Candian Association of HIV/AIDS Research. Toronto 2001:(Abst 295P)  
 12- Harrisson MJG, Mcarthur JC. Associated dementia complex . In : *AIDS and neurogy-Churchill Livingstone* , 2003 : 31-64  
 13-Sene Diouf F. ; Ndiaye, M, Diop AG et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des manifestations neurologiques associées à l'infection rétrovirale. *Sidanet* 2005,2(3) :822.

Tableau I: Répartition des patients selon la manifestation psychiatrique.

Manifestation	Effectif	Pourcentage
<b>Etat dépressif</b>	<b>76</b>	<b>45.78</b>
<b>Syndrome confusionnel</b>	<b>50</b>	<b>30.1</b>
Etats névrotiques	14	8.4
Psychose réactionnelle	10	6.0
Epilepsie	11	6.6
Manie	4	2.4
Démence	1	0.6
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

Tableau II : Répartition des patients selon le taux de CD4

Taux de CD4	Effectif	Pourcentage
<50	101	60.8
50 – 100	37	22.3
101 – 200	11	6.6
201 – 350	13	7.8
+ 350	4	2.5
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

Tableau III : Répartition selon le type de traitement psychiatrique

Traitement psychiatrique	Effectif	Pourcentage
<b>Anxiolytique</b>	<b>20</b>	<b>12.04</b>
Antidépresseur	16	9.63
Neuroleptique	11	6.62
Antiépileptique	8	4.81
Aucun	111	66.86
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

Figure 1 Répartition selon l'évolution sous traitement.

